

# Diagnóstico precoce de carcinoma esofágico

## Early diagnosis of esophageal carcinoma

Luísa Carvalho Higa<sup>1</sup>, Pamela Silva Ribeiro<sup>1</sup>, Camilla Moura de Mendonça Costa<sup>1</sup>,  
Renato Vieira Rodrigues de Oliveira<sup>1</sup>, Danilo Gagliardi<sup>2</sup>, Celso de Castro Pochini<sup>3</sup>,  
Ruy França de Almeida<sup>3</sup>

### Resumo

O carcinoma de células escamosas (CEC) é o tipo histológico mais frequente do câncer do esôfago, doença de grande prevalência no mundo e alta morbi-mortalidade. Diagnósticos precoces não são frequentes, visto que a sintomatologia é geralmente de manifestação tardia, em virtude da adaptação helicoidal das túnicas musculares do órgão. Esse relato descreve o caso de um paciente de 64 anos, atendido em serviço básico de saúde, queixando-se de eructações frequentes, sem apresentar sinais típicos do câncer do esôfago, como síndrome consumptiva e disfagia. Frente às suas queixas, o serviço solicitou endoscopia digestiva alta (EDA) e foi diagnosticado CEC através de biópsia e estudo anatomopatológico. Apesar do diagnóstico precoce, já havia infiltração da submucosa e acometimento linfonodal local, inviabilizando a ressecção endoscópica. O paciente foi submetido a esofagectomia subtotal com linfodectomia e reconstrução do trânsito alimentar com tubo gástrico e anastomose esôfago-gástrica cervical e o intra-operatório não teve intercorrências conforme o esperado.

**Descritores:** Esophagectomia, Esôfago, Neoplasias esofágicas, Carcinoma de células escamosas, Diagnóstico precoce

### Abstract

*Squamous cell carcinoma (SCC) is the most common histological type of esophageal malignant tumors. This kind of tumor has a high prevalence among the world and*

*is very lethal. Its diagnosis is rarely early made, since its clinical manifestations usually appear in a late stage of the disease. This manuscript reports the case of an asymptomatic 64-year-old patient, who only went to de basic health service because of a chronic belching. Once he was there, he underwent an upper digestive endoscopy with biopsy, wich demonstrated a SCC. He had no other classical esophageal tumor symptoms as consumptive syndrome and dysphagia. Although his disease had an early diagnosis, his tumor had already invaded the submucosa and he had a regional node disease. Because of that, the endoscopic resection couldn't be done so the patient underwent a radical esophagectomy with lymphadenectomy with no complications.*

**Keywords:** Esophagectomy; Esophagus; Esophageal neoplasms; Carcinoma, squamous cell; Early diagnosis

### Introdução

O diagnóstico precoce de câncer está diretamente ligado ao melhor prognóstico e escolha de tratamento<sup>(1)</sup>, uma vez que tumores malignos do esôfago têm prevalência e -mortalidade considerável<sup>(2)</sup>. O CEC do esôfago apresenta fatores de risco tabagismo e etilismo<sup>(2)</sup>. A localização mais comum do CEC é o terço distal. Quando há opção pela cirurgia como tratamento, o acometimento linfonodal e a invasão de camadas teciduais que ultrapassem a adventícia atingindo a submucosa fazem com que a melhor escolha a esofagectomia total com linfadenectomia.

O objetivo deste artigo é relatar um caso de diagnóstico precoce de uma doença que comumente apresenta sintomas tardios, em que o tratamento operatório representou melhor prognóstico para o paciente.

### Relato de Caso

Paciente 64 anos, sexo masculino, casado, natural de Minas Gerais, procedente São Paulo, com antecedentes de tabagismo (25 anos/maço, abstêmio há 3 anos) e etilista, atendido no ambulatório da Santa Casa de São Paulo.

1. Acadêmico da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. 5º Ano do Curso de Graduação em Medicina

2. Professor Adjunto da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – Departamento de Cirurgia

3. Médico Segundo Assistente da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo – Departamento de Cirurgia

**Trabalho realizado:** Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Departamento de Cirurgia

**Endereço para Correspondência:** Luísa Carvalho Higa. Rua Aluísio Azevedo, 321 – Aptº 81 - Santana – 02021-030 – São Paulo – SP - Brasil

Sua queixa principal era de eructações excessivas, negava demais sintomas como perda de peso, disfagia, pirose, regurgitação, febre, tosse ou rouquidão. Ao exame físico não apresentava alterações. Trouxe ao serviço da Santa Casa de São Paulo endoscopia digestiva alta (EDA) de maio de 2017, onde foram evidenciadas erosões lineares menores que 5 mm no terço distal do esôfago, não confluentes e recobertas por fibrina; próximos à transição esôfago-gástrica (TEG). Foi encontrada ilhota rósea salmão de 0,8cm de diâmetro, que foi biopsiada. A conclusão do exame foi de um esôfago de Barret sendo no anatomopatológico diagnosticado carcinoma espinocelular moderadamente diferenciado.

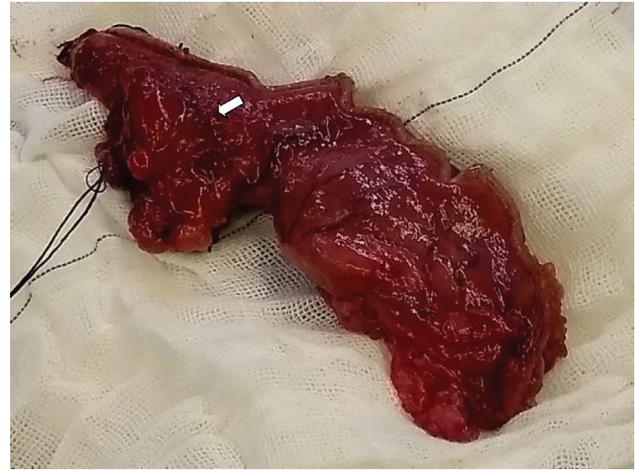
Foram solicitadas ao paciente tomografias de abdome e tórax e um ecodopplercardiograma, que não mostraram alterações, além de nova EDA, ecoendoscopia (EcoEDA) e exames laboratoriais. Na EDA realizada em novembro de 2017 foi observada e biopsiada uma lesão elevada no esôfago a 38 cm da arcada dentária superior (ADS), vascularizada e avermelhada, friável, medindo cerca de 1,5cm. O anatomopatológico diagnosticou infiltração por carcinoma pouco diferenciado. Após a realização do exame, o paciente optou por deixar o serviço apesar das orientações fornecidas. Ao retornar, em janeiro de 2018, EcoEDA realizada demonstrou lesão hipoeoica, heterogênea, medindo 10 mm no seu maior eixo, com provável invasão de submucosa. Observou-se também 2 linfonodos arredondados, bem delimitados, de bordas regulares, medindo 5mm, um no hilo hepático e outro perilesional.

Foi então programada ressecção endoscópica. Em março de 2018, realizou-se EcoEDA como tentativa de ressecção da lesão, entretanto havia de fato invasão de submucosa, inviabilizando o procedimento. O diagnóstico obtido no exame foi de lesão neoplásica esofágica (T1bN1). Foi programada a ressecção cirúrgica, esofagectomia transhiatal, com reconstrução por meio de anastomose esôfago-gástrica cervical com tubo gástrico, com esvaziamento linfonodal abdominal. Durante a cirurgia não houve intercorrências.

Foi realizado anatomopatológico de esôfago e pequena curvatura do estômago. O primeiro, ao exame macroscópico evidenciou lesão de tamanho de 1,3x1,1 cm e 0,5 cm de espessura, ulcerada, de bordas elevadas, com fundo limpo e extensão em profundidade para submucosa. Microscopicamente, confirmou-se o diagnóstico de CEC pouco diferenciado e dos 8 linfonodos abdominais retirados (6 periesofágicos e 2 perigástricos), apenas 1 (periesofágico) apresentava acometimento. Assim o CEC foi estadiado como T1bN1. A peça tinha margens cirúrgicas livres. Na análise macroscópica de estômago, não havia lesões evidentes e microscopicamente foi diagnosticada me-

taplasia intestinal completa e mucosa gástrica cárdica, sem atipias.

O paciente teve alta do serviço no dia 12/04/18, cerca de 1 mês após o procedimento, com aceitação de dieta pastosa sem sinais de empachamento associada a dieta enteral via jejunostomia. Após 10 dias, no retorno ambulatorial foi retirada a jejunostomia e o paciente apresentava-se assintomático, ganhando peso progressivamente.



**Figura 1** - Peça cirúrgica (esôfago) aberta demonstrando tumor (seta)

## Discussão

O câncer de esôfago é uma neoplasia maligna de morbi-mortalidade considerável. Tem maior prevalência em homens, sendo mais frequente após os 50 anos de idade<sup>(1)</sup>. As taxas de incidência estimadas pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA) para o Brasil em 2018 são de 7,99/100.000 e de 2,38/100.000 para mulheres (INCA, 2018). Dentre os fatores predisponentes, destaca-se o tabagismo, que isoladamente, aumenta o risco do câncer de esôfago em 2 a 4 vezes<sup>(1)</sup>. O uso de bebidas alcoólicas tem efeito sinérgico ao tabaco, elevando ainda mais o risco de desenvolvimento de câncer do esôfago<sup>(2)</sup>, fato que inclui nosso paciente (etilista e tabagista). O carcinoma espinocelular (CEC) é o tipo mais comum de câncer do esôfago, sendo de maior incidência nos terços médio e distal do órgão<sup>(2)</sup>. Os métodos diagnósticos incluem, além da anamnese, endoscopia digestiva alta (EDA), Raio x de esôfago estômago e duodeno (Rx de EED) ecoendoscopia, tomografia computadorizada (TC), ressonância magnética (RM) e PET-CT. A biópsia da lesão neoplásica pode ser feita através dos métodos endoscópicos e suas variantes (tinturas,NBI). A ecoendoscopia permite uma boa análise do grau de invasão da parede do esôfago<sup>(1)</sup>. O CEC pode ser ressecável ou não. Os estágios mais iniciais podem ser ressecados por via

endoscópica, desde que obedecem aos seguintes critérios: acometimento restrito às camadas de epitélio e lâmina própria do esôfago, extensão longitudinal máxima de 3cm e extensão lateral inferior a 3/4 da circunferência, dentro do limite de quatro lesões<sup>(3)</sup>. Nas lesões que ultrapassam a camada mucosa (M1, M2 e M3) e invadem a submucosa (SM1, SM2 e SM3), existe a possibilidade crescente de acometimento linfonodal (15, 30 até 60%). Demonstrou-se que cerca de 50% dos pacientes com lesões T1b apresentavam acometimento linfonodal, sendo a invasão metastática um evento precoce na história natural da doença<sup>(4)</sup>. Em geral, tumores menos avançados, T1 e T2, o primeiro sítio de metástases são os linfonodos locais. Já tumores extra-murais, T3 e T4, têm os linfonodos intra-torácicos como principal local de metástase<sup>(4)</sup>. A classificação neoplásica dos linfonodos perilesionais pode ser obtida através da punção por agulha fina durante o procedimento endoscópico. Assim sendo, a rigor o tratamento das lesões restritas à mucosa (até M3) admite concordância na literatura para ressecção endoscópica. Nas lesões até T2N0 (invasão da muscular própria sem acometimento linfonodal), a literatura é concorde quanto à ressecção cirúrgica sem tratamento neoadjuvante (QT+RT). Já nas lesões T2N1 ou mais avançadas a literatura é concorde quanto à terapia neoadjuvante (QT+RT prévias), posterior reestadiamento e indicação cirúrgica, após em média 06 a 08 semanas do término da neoadjuvância. Existem várias técnicas cirúrgicas para esofagectomia sendo as mais utilizadas a esofagectomia transhiatal, transtorácica e a toracoscopia. O método é escolhido de acordo com a localização e a extensão do tumor<sup>(3)</sup>, optando-se no nosso relato pela esofagectomia transhiatal. Em uma metanálise de 2011, foram encontrados dados mostrando que não há diferença significativa entre os dois métodos cirúrgicos, embora cada um apresente diferentes pontos positivos. A esofagectomia transhiatal apresenta menor tempo cirúrgico, menor tempo de internação e menos complicações respiratórias no pós-operatório. A esofagectomia transtorácica demonstrou menores

deiscências de anastomoses e menos paralisia de corda vocal<sup>(5)</sup>. Por fim, tumores irrissecáveis, ou com metástases à distância, têm indicação de tratamento paliativo, buscando minimizar os efeitos da doença sobre a qualidade de vida do paciente.

## Conclusão

Nosso paciente apesar de assintomático apresentava CEC no terço distal do esôfago com acometimento linfonodal regional e invasão da submucosa. A esofagectomia foi a melhor escolha para esse caso. Apesar da história pobre em sintomas, os exames de imagem e histopatológicos foram elucidativos, indicando a melhor terapêutica. Mesmo com tratamento radical e o curso naturalmente agressivo da doença, o paciente não apresentou intercorrências intra-operatórias e pós-operatórias, apresenta boa progressão e aceitação de dieta, além de bom estado nutricional e funcional, o que pode ser atribuído em grande parte ao diagnóstico precoce da doença.

## Referências

1. Queiroga RC, Pernambuco AP. Câncer de esôfago: epidemiologia, diagnóstico e tratamento. Rev Bras Cancerol. 2006; 52(2):173-8.
2. Napier KJ, Scheerer M, Subhasis M. Esophageal cancer: A Review of epidemiology, pathogenesis, staging workup and treatment modalities. World J Gastrointest Oncol. 2014; 6(5):112-120
3. Arantes V, Forero Piñeros EA, Yoshimura K, Toyonaga T. Avanços na abordagem do carcinoma precoce de esôfago. Rev Col Bras Cir. 2012; 39(6):534-43.
4. Fonseca LG, Furlan AB, Ferranti JF, Namour GN, Lobo FL, Szachnowicz S, et al. Novas perspectivas no estadiamento e tratamento do câncer de esôfago. ABCD Arq Bras Cir Dig. 2007; 20(4):274-9.
5. Boshier PR, Anderson O, Hanna GB. Transthoracic versus transhiatal esophagectomy for the treatment of esophagogastric cancer: a meta-analysis. Ann Surg. 2011, 254(6):894-906.

---

Trabalho recebido: 24/05/2018

Trabalho aprovado: 22/08/2018

Trabalho publicado: 10/12/2018